

При сравнении показателей в динамике толщина стенки не отмечена у 22 пациентов, у 11 было полное совпадение. Совпадение данных УЗИ до операции и интраоперационного описания составило 66%. Однако, при сравнении толщины стенки до операции и во время вмешательства в целом клинически значимым расхождением показателей можно считать лишь у 2 пациентов, что составило 4%.

Наличие камней в желчном пузыре до операции и интраоперационно совпало на 94%. Совпадение по количеству камней составило 84%. У 6 пациентов (12%) случаев количество камней интраоперационно выявлено больше, чем до операции. На основании полученных данных как увеличение печени, утолщение стенок желчного пузыря, большое количество мелких конкрементов можно объективизировать выбор метода операции.

Особый интерес представляет оценка диаметра холедоха. По данным УЗИ до операции холедох не был увеличен (не достигал 7 мм) в 72%. Расхождение с показателями, полученными интраоперационно, составило 28%. Для когорты обследованных в целом совпадение данных УЗИ до операции и данных из протоколов операции составило 54%.

Диаметр холедоха до операции 5,9 мм [2;12] мм, диаметр холедоха интраоперационно 8,4 мм [3;20] мм. В группе пациентов, у которых диаметр холедоха определяли как до операции, так и во время неё в 12 случаях до операции холедох был больше или равен 7 мм. Вместе с тем, сравнение показателей из протоколов операций и описание холангиограмм у 4 пациентов показало, что субъективная оценка диаметра холедоха интраоперационно в двух историях на 4-мм больше, чем в описании холангиограммы.

У пациентов, которым выполнена ЛХЭ диаметр холедоха в среднем был равен 4.1мм [2,9] мм. Лишь в одном случае он был выше нормы (9 мм), но при этом в пузыре диагностировался одиночный конкремент 25 мм в диаметре. В 19 случаев из 31 (61,3%) о холедохе интраоперационно в протоколе не указано.

Жидкость в брюшной полости выявлена у 7 пациентов (14%). Совпадение было у 47 (94%). Отёк поджелудочной железы был у 3 пациентов, отсутствовал он у 40, совпадение 86%. У оперированных открытым способом совпадение составило лишь 73,7%. Совпадение по плотности железы отмечено в 66%.

Выводы. Совпадение показателей панкреатодуоденальной зоны при УЗИ и интраоперационного описания составило от 54% до 94%. Совокупность показателей, полученных при ультразвуковом обследовании, даёт достаточно полную картину для постановки диагноза и выбора лечебной тактики. Ряд показателей как размер желчного пузыря, толщина его стенки, диаметр холедоха, отёк поджелудочной железы в динамике под воздействием проводимого лечения могут изменяться, что требует повторного УЗИ в динамике.

Эффективность диагностики можно повысить совершенствованием технической базы, персонализированным подходом к пациенту и специализациями сотрудников.

Литература:

1. Резолюция XVI Съезда Хирургов Республики Беларусь (1-2 ноября 2018 г.) // Новости хирургии. – 2019. – Т. 27, № 2. – С. 232-239.

УДК 616.345-089.87-089.844

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С КОЛОСТОМАМИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННОГО ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА

Цыплаков К.Г.¹, Денисенко В.Л.^{1,2}, Ченик К.О.²

¹УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр»

²УО «Витебский государственный медицинский университет»

Аннотация. Хирургическая реабилитация пациентов с кишечными стомами по-прежнему составляет существенную проблему в колоректальной хирургии. Оперативные доступы, применяемые традиционно в большинстве случаев сопровождаются серьезной операционной

травмой, способствующей высокому числу осложнений, довольно высокой летальности. Хирургу часто приходится оперировать в условиях выраженного спаечного процесса, при существенно измененных анатомических взаимоотношениях в брюшной полости. Восстановление нарушенных функций в послеоперационном периоде нередко требует продолжительного пребывания в отделении реанимации, больших сроков стационарного лечения, существенных финансовых затрат на лекарственное обеспечение и реабилитацию пациентов [1,2,3]. Все это наряду с повсеместным внедрением принципов Fast Track Surgery побуждает хирургов к внедрению хирургии кишечных стом минимально инвазивных и лапароскопических технологий.

Ключевые слова: колостомы, лапароскопические технологии, толстая кишка.

Введение. Впервые о проведении лапароскопически ассистированной операции по закрытию колостомы после ранее проведенной обструктивной резекции по Гартману сообщено С.А. Anderson et al. в 1993 г. Последующие исследования показали, что такие операции менее травматичны, сопровождаются низкой периоперационной летальностью, малым числом осложнений [1, 3]. Непосредственные результаты говорят о лучшем качестве жизни пациентов в ближайшем послеоперационном периоде. Вместе с тем эти вмешательства чаще всего более продолжительны по времени в сравнении с традиционными, выполняемыми путем лапаротомии, требовательны к материально-технической оснащенности, подготовке хирургической бригады [2]. Несмотря на довольно большое количество сообщений о выполнении подобных операций, крупных многоцентровых исследований по сравнению результатов традиционных и лапароскопических операций по закрытию колостом не проводилось. Также следует отметить, что до настоящего времени в повседневной практике лапароскопически ассистированные операции по закрытию колостом не получили должного распространения и применяются рутинно лишь в отдельных клиниках.

Материал и методы. В 2017-202 гг. на базе проктологического отделения УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр» с использованием лапароскопически ассистированного оперативного доступа произведено закрытие колостом у 26 пациентов. Проводится одноцентровое проспективное рандомизированное исследование, представленные результаты не являются окончательными. В исследование включены пациенты с концевыми колостомами при устраненном патологическом процессе и с петлевыми колостомами, когда патологический процесс не устранен и кишка со стомой подлежит резекции. В исследование не включены пациенты с петлевыми стомами, требующие закрытия из местного доступа, также исключены пациенты с диагностированным до операции прогрессирующим опухолевым процессом и/или местным рецидивом опухоли. Сравнению по принципу случай-контроль в соотношении 2:1 подвергнуты 26 пациентов основной группы, оперированных лапароскопически и 13 пациентов контрольной группы, которым оперативное вмешательство по закрытию колостомы выполнено путем проведения лапаротомии. Нозологическими формами, приведшими к формированию колостомы были дивертикулярная болезнь, колоректальный рак, осложнения ВЗК, заворот сигмы, травмы толстой кишки. Для статистического анализа данных использовали сравнение средних величин и стандартного отклонения, а так же U-критерий Манна-Уитни для определения достоверности различий в выборках первой и второй групп пациентов. Различия в полученных данных по группам считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. В основную группу вошли 26 пациентов, которым выполнено лапароскопически ассистированное оперативное вмешательство по закрытию колостомы (12 мужчин и 14 женщин) с использованием мультипортового варианта вмешательства. Возраст пациентов составил $57,5 \pm 15,5$ лет, индекс массы тела $25 \pm 3,9$ кг/м². Концевые стомы были у 20 (77%) пациентов, петлевые – у 6 (33%) пациентам. Всем пациентам с петлевыми стомами и 3 (15%) пациентам с концевыми стомами потребовалась резекция толстой кишки ввиду наличия неустраненного патологического процесса. Всего лапароскопически ассистированная резекция толстой кишки произведена у 9 (35%) пациентов основной группы. Аппаратный толстокишечный анастомоз сформирован у 18 (69%) пациентов, ручной (при достаточной длине анастомозируемых сегментов кишки) у 8 (31%) пациентов. В одном случае у пациентки с низким колоректальным анастомозом сформирована превентивная петлевая илеостома.

В контрольную группу включены 13 пациентов, которым закрытие толстокишечной стомы произведено путем традиционного лапаротомного оперативного доступа. Было 4 мужчин и 9 женщин. Возраст пациентов $57,3 \pm 14,2$ года, индекс массы тела $26 \pm 3,6$ кг/м². У 12 пациентов были концевые колостомы, у 1 петлевая. Резекция толстой кишки потребовалась двум пациентам: с петлевой колостомой и одному пациенту с концевой стомой в связи с наличием дивертикулярной болезни со множеством дивертикулов и рубцовой деформацией кишки. Аппаратный толстокишечный анастомоз сформирован у 18 (69%) пациентов, ручной (при достаточной длине анастомозируемых сегментов кишки) у 8 (31%) пациентов. Превентивная петлевая илеостома также сформирована у одного пациента.

Средняя длительность выполненных операций по группам значимо не отличалась 211 ± 55 и 219 ± 41 ($p=0,76$), средняя продолжительность проведения интенсивной терапии в контрольной группе оказалась в 1,7 раза дольше ($p=0,02$). Функция кишечника по признаку отхождения стула и газов восстановилась раньше в контрольной группе ($p=0,0002$). Значимых различий в объеме кровопотери по группам не было ($p>0,05$).

Выводы. Непосредственные результаты лапароскопически ассистированных операций по закрытию колостом говорят об их эффективности, технической выполнимости при должном внимании к подбору пациентов, низком числе осложнений, более раннем восстановлении функции кишечника, меньшей нуждаемости в проведении интенсивной терапии. Продолжительность операций сравнима при традиционном и лапароскопическом оперативном доступе. Внедрение этих операций является перспективным направлением в колоректальной хирургии.

Литература:

1. Park, J.M. Laparoscopic reversal of Hartmann's procedure / J.M. Park, K.C. Chi // J Korean Surg Soc. – 2011. – Vol. 82. – P. 256-260.
2. Should laparoscopic reversal of Hartmann's procedure be the first line approach in all patients? / R.K. Maitra [et al.] // International Journal of Surgery. – 2013. – Vol. 11. – P. 971-976.
3. Yang, P.F. Laparoscopic versus open reversal of Hartmann's procedure: a retrospective review / P.F. Yang, M.J. Morgan // ANZ J Surg. – 2014. – Vol. 84. – P. 965-969.

УДК 616-006.6

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Шаппо Г.М.,¹ Ерушевич А.В.,² Ермоленко Н.В.,² Ленеvская Я.И.²

¹УО «Витебский государственный медицинский университет»

²УЗ «Витебский областной клинический онкологический диспансер»

Введение. Рак желчного пузыря (РЖП) является наиболее частой первичной опухолью гепатобилиарной системы, поражающей в основном женщин старшего возраста, длительно страдающих желчнокаменной болезнью. [1, 2]. За последние десять лет в Республике Беларусь злокачественными опухолями желчного пузыря ежегодно заболевало от 100 до 120 человек. В РБ показатель заболеваемости РЖП в 2019 году составил 1,2 на сто тысяч населения, в Витебской области в 2019 году был 1,6 на сто тысяч населения. Причем, характерно, что среди женщин сельского населения Витебской области этот показатель был 5,3 на сто тысяч населения.[3] Этиологический фактор развития рака РЖП точно не установлен. Считается, что хроническое воспаление при наличии камней желчного пузыря, полипы, холестероз желчного пузыря и генетическая предрасположенность являются ведущими факторами развития рака желчного пузыря. [4; 5]. Некоторые генетические мутации связаны с конкретными факторами риска, выявление этих изменений влияет на различия в прогнозе течения болезни. Установлено, что многие молекулярные маркеры, белки и факторы, включая ADAM-17, комплекс Е-кадгерин / бета-катенин, CD24, CD133 +, p53 и c-erbB-2, популяция CD44 + CD133+ участвуют в разработке или развитии РЖП. Исследование их может быть полезным прогностическим маркером. [6]